E

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 75

LES

TROUBLES OCULAIRES

D'ORIGINE OVARIENNE

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1923

PAR

Eugène MARGAILLAN

Né à Marseille, le 14 Décembre 1896

EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (1920)

INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (1921 1922)

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse

TRUC, professeur, *président.*
JEANBRAU, professeur.
ETIENNE, agrégé.
LAPEYRE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1923

LES TROUBLES OCULAIRES

D'ORIGINE OVARIENNE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0111

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 75

LES

TROUBLES OCULAIRES

D'ORIGINE OVARIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Eugène MARGAILLAN

Né à Marseille, le 14 Décembre 1896

EXTERNE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (1920)

INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX DE MARSEILLE (1921-1922)

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

TRUC, professeur, *président.*
JEANBRAU, professeur.
ETIENNE, agrégé. *Assesseurs*
LAPEYRE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*.
	ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (ch. d. c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. DELMAS (J.)
Clinique propépeudique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	P. DELMAS.
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL (F.).
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL.	Chimie	MM. FLORENCE.
	MARGAROT.	Histoire natur.	CABANNES.
Anatomie	DELMAS (J.).		GALAVIELLE
Chirurgie	RICHE	Physique	N...
	ETIENNE.		
	LAPEYRE		

Examinateurs de la thèse:

MM. TRUC, prof., *président*. | MM. ETIENNE, Agrégé.
JEANBRAU, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de ma profonde gratitude
et de mon éternelle reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

E. MARGAILLAN.

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ED. AUBARET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR-AGRÉGÉ DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Qui nous inspira le sujet de cette thèse.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TRUC

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

E. MARGAILLAN.

LES

TROUBLES OCULAIRES

D'ORIGINE OVARIENNE

INTRODUCTION

Il existe chez les femmes un grand nombre d'affections oculaires qui paraissent influencées par des troubles ayant leur origine dans la sphère génitale. Le mécanisme du retentissement de ces altérations sur les maladies oculaires est encore obscur, quoique diversement interprété dans les travaux parus à ce sujet. Souvent la coïncidence d'une affection oculaire avec une affection utéro ovarienne fait songer à un rapport de causalité, inexistant en réalité ; néanmoins il n'est pas douteux que dans certains cas très nets de troubles ovariens, l'appareil neuro-vasculaire de l'œil se trouve influencé d'une façon caractéristique.

Les relations du sympathique ovarien avec le système sympathique général permettent, chez certains sujets, d'expliquer dans la mesure où les manifestations physiologiques du grand sympathique peuvent être connues, ces influences éloignées en apparence, mais en réalité assez rapprochées par l'unité fonctionnelle de ce système

nerveux de la vie végétative. Les recherches dont il a été l'objet au cours de ces dernières années et qui sont à peine à leurs débuts, vont nous permettre d'essayer de soulever certains problèmes de pathologie oculaire tout aussi mal connus, que ceux que soulève en même temps l'étude du sympathique pelvien.

Nous nous limiterons dans notre étude aux manifestations oculaires neuro-vasculaires qui paraissent avoir été nettement influencées, soit par l'insuffisance ovarienne, l'agénésie de la glande génitale de la femme, son altération, les troubles dystrophiques dont elle peut être le siège pendant la période menstruelle, et enfin, ceux que l'on peut observer lorsqu'elle cesse d'avoir une valeur physiologique ou lorsqu'elle a été supprimée pendant la période d'activité génitale ou après la ménopause.

Nous éliminerons d'abord, toutes les affections oculaires organiques susceptibles d'être expliquées par une cause locale et dans lesquelles, la coïncidence d'une affection des ovaires ne peut agir que d'une manière accessoire.

Nous signalerons seulement, les faits plus rares et plus limités ou l'altération des glandes ovariennes peut être considérée en quelque sorte comme la cause principale des accidents oculaires.

Ainsi donc, notre étude se trouvera-t-elle limitée à deux catégories d'affections principales :

1. Des troubles fonctionnels sans lésions réelles, mais susceptibles à la longue de provoquer des lésions inflammatoires ou neuro-vasculaires que nous étudierons dans le deuxième groupe.

2. Les affections oculaires inflammatoires ou bien neuro-vasculaires avec modifications du tonus oculaire susceptibles d'entrainer des troubles visuels graves et parfois la perte de la vision et de l'œil.

Autrefois, la première catégorie de ces troubles était expliquées : soit par le mécanisme réflexe, soit par l'éclosion de troubles pithiatiques. Aujourd'hui que nous connaissons mieux le rôle des glandes endocrines et de leurs sécrétions, on peut donner une explication plus physiologique et plus expérimentale de ces accidents. C'est d'ailleurs par le même mécanisme que l'on pourra justifier l'apparition des lésions anatomiques sous l'influence des mêmes causes.

Nous diviserons donc notre travail en trois parties :

I. Historique.

II. Etude des troubles oculaires d'origine ovarienne sans lésions apparentes.

III. Inflammations oculaires avec lésions variées et troubles de la tension oculaire d'origine ovarienne.

Ce travail nous a été inspiré pendant notre internat à la Policlinique Daviel de l'Hôtel-Dieu de Marseille, dans le service de M. le Professeur Aubaret. Nous regrettons de ne pas avoir amassé plus de documents personnels à l'appui de notre thèse ; mais d'autre part nous n'avons pas voulu encombrer la littérature de cette question, de faits analogues à ceux déjà connus.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis très longtemps, les auteurs ont insisté dans la pathogénie de beaucoup d'affections, sur le rôle joué par les diverses manifestations de la vie sexuelle chez la femme : puberté, menstruation et ménopause, soit que les règles aient apparu ou disparu à des époques inattendues, soient qu'elles aient évolué normalement ; le flux menstruel se reproduisant périodiquement et sans être accompagné d'aucun trouble fonctionnel anormal du côté de l'appareil génital.

La pathologie oculaire n'a pas échappé à cette influence : « Il n'est point d'organe que l'utérus ne puisse, par sympathie, mettre en jeu, soit physiologiquement, soit pathologiquement », a dit Brierre de Boismont, dans son *Traité de la Menstruation*. Aussi les auteurs en ont-ils quelques fois profité pour rattacher à n'importe quelle affection génitale, n'importe quelle affection oculaire, sans aucune parenté, sans aucun lien pathogénique, unies quelques fois seulement par une simultanéité d'évolution ou d'éclosion.

L'ancienneté de ces observations, montre l'importance attribuée de tous temps à l'appareil génital. Nous en

avons une preuve manifeste dans les constatations faites par Hippocrate sur le strabisme et l'amaurose en relation avec la fièvre puerpérale, dans les études de Cardano, philosophe, mathématicien et médecin, en l'an 1600 (*Oculi an supra totius corporis temperiem significent*), dans les observations rapportées par plusieurs auteurs, liées soit à la menstruation (Pechlinus, 1691. — *Cœcitas menstrua a sanguine in caput regurgitante*), soit à la parturition (Alberti, 1732) et à toutes les affections utérines (Richter, 1793).

Avec la découverte de l'ophtalmoscope, 1851, beaucoup d'altérations de l'œil, autrefois connues seulement par les troubles subjectifs, ont pu être confirmées par des examens cliniques complets et objectifs. Par cela, leur champ s'est étendu, leur nombre a augmenté rapidement et les découvertes à ce sujet, deviennent de plus en plus précises.

Les auteurs ont tour à tour insisté sur le rôle de la puberté, dans le développement des kératites phlycténulaires et interstitielles (Puech, Mooren), des affections du tractus unéal (Puech), des poussées d'iritis (Cohn), des hémorragies du vitré (Pressel, Coursserant, H. Dor), des atrophies optiques (Leber, Beer, Rockliffe, Berger). De plus, il a été reconnu par tous les observateurs que la puberté réveille souvent des affections oculaires éteintes depuis déjà un certain temps : blépharites, conjonctivites, kératites (Berger) et qu'elle aggrave des troubles déjà existants et en évolution : blépharites, conjonctivites lymphatiques et surtout trachomateuses qui s'accompagnent à cette période de complications graves au niveau de la cornée (Pr. E. Aubaret), enfin augmentation de la myopie déjà existante.

Pendant la menstruation, il n'a pas été signalé d'alté-

rations graves de l'appareil visuel. Du moins parmi les observations, beaucoup ne sont pas à l'abri de toute critique, et il ne faudrait pas, là comme ailleurs, conclure d'une simple coïncidence à une dépendance étroite.

De même qu'à la puberté, il a été signalé nombre de troubles infectieux, récidivant à chaque flux menstruel ; orgelets, conjonctivites, œdème des paupières, herpès des paupières et de la cornée (Pfluger, Galezowski, Boerner, Dianoux, Berger). Mais il est à noter surtout la fréquence des troubles hémorragiques : hémorragies de la conjonctive (Perlia), du vitré (Kœnigshofer, Friedenwald), de la chambre antérieure (Landesberg) ou de la rétine avec ou sans décollement (Berger, Baduel, Parisoti, Liebreich, May et Trombetta, Oursel, Dor). Les troubles de choroidite, souvent consécutifs aux précédents, ne sont pas rares (Mooren, Lerat, Oursel, Coursserant, Danthon).

Enfin, comme à la puberté, tous les ophtalmologistes peuvent affirmer que durant la période cataméniale, on observe l'aggravation des troubles oculaires divers, surtout infectieux : blépharites, conjonctivites, iritis, kératites, trachome, névrite optique (Loeber).

Les divers troubles de la menstruation : aménorrhée, dysménorhée, s'accompagnent des mêmes altérations oculaires, auxquelles on peut ajouter des cas fréquents de névrite ou d'atrophie optique ; la suppression brusque des règles entraîne souvent des hémorragies intra-oculaires (Coursserant, Cohn), et des troubles névritiques se traduisant souvent subjectivement par un rétrécissement du champ visuel (Brierre de Boisemont, Brown).

On constate à l'âge de la ménopause le maximum de fréquence des troubles oculaires (statistique de la clinique de Tubingen). Les conjonctivites sont particulièrement

tenaces, les inflammations chroniques du tractus uvéal : choroïdites, cyclites, uvéites s'établissent avec une grande facilité, (Wecker, Galzowski, Sichel) s'accompagnant de glaucome ; dont le développement est toujours fortement influencé par la ménopause.

Plus fréquemment que dans les troubles de la menstruation on observe des lésions du nerf optique : atrophie grise le plus souvent, quelques fois névrite (Berger, Stocke, Galzowski, Foerster).

Consécutivement à la castration, il est signalé peu d'affections oculaires ; au cours de l'insuffisance ovarienne à type chlorotique, on relève assez fréquemment des hémorragies du vitré ou de la rétine (Elschnig) de l'atrophie optique ou de la congestion papillaire (Engelhardt, Lorenzetti.)

De nombreux travaux ont été faits sur des lésions oculaires au cours de la gestation, de l'accouchement, des suites de couches, de la lactation.

On a étudié aussi les affections oculaires consécutives à des infections ou des hémorragies génitales. Nous renvoyons pour tout ce qui y a trait à l'excellente bibliographie contenue dans l'ouvrage de Berger et Loewy.

Nous n'envisagerons pas dans notre travail tous ces travaux non plus que ceux qui se rattachent à des infections génitales telles que ; vulvites, vaginites, métrites.

Nous ne voulons avoir en vue que ceux qui étudient les troubles de la sécrétion ovarienne, et il est évident que nous ne pouvons nous attarder à établir un lien de causalité entre par exemple une ophtalmie gonococcique et une vulvo-vaginite de même nature ; il est certain que les deux affections liées entr'elles par une unité de germe, n'ont pas besoin pour se succéder de l'intervention d'une sécrétion ovarienne ou d'un appareil nerveux plus ou moins complexe.

Nous limiterons donc notre étude aux seuls troubles attribuables à des lésions ou des altérations physiologiques de l'organe noble, l'ovaire, qui joue un rôle si important dans l'évolution de la vie de la femme.

En envisageant la question à ce point de vue, il est à noter qu'il existe peu de documents dans la vaste énumération de travaux et renseignements bibliographiques Nous allons essayer de grouper, et de classer les divers faits cliniques liés à la dysovarie, déjà étudiés, auxquels nous joindrons les résultats de notre observation personnelle.

Nous essaierons ensuite d'interprêter la pathogénie de ces troubles après avoir énuméré les diverses théories déja énoncées.

CHAPITRE II

TROUBLES OCULAIRES D'ORIGINE OVARIENNE SANS LÉSIONS APPARENTES.

Nous groupons, dans cette catégorie, les troubles purement fonctionnels, sans lésions réelles, le plus fréquemment observés et cédant assez rapidement à un traitement bien dirigé ; mais il est à noter qu'à la longue ces troubles sont susceptibles par leur répétition de provoquer des lésions inflammatoires ou neuro-vasculaires plus rebelles, plus graves et qui rentrent alors dans la catégorie suivante.

Pour faciliter notre étude, nous diviserons ces troubles subjectifs en plusieurs groupes selon leur mode de traduction :

A. Troubles moteurs.
B. Troubles sensitifs.
C. Troubles sensoriels.
D. Troubles neuro-vasculaires.

A. — Troubles Moteurs

Les troubles moteurs ne sont pas constitués à proprement parler par des paralysies, mais plutôt par des parésies, ou même simplement par de la fatigue oculaire,

fatigue qui peut selon les cas se localiser à tel ou tel groupe musculaire : fatigue de la musculature externe, fatigue de la musculature interne On peut donc les subdiviser ainsi en plusieurs catégories, qui traduisent le lieu de localisation de la fatigue et en même temps les symptômes qui la révèlent.

Cet état d'asthénie oculaire dans lequel la vue est incapable d'une attention soutenue est désigné habituellement sous le nom d'asthénopie. Nous nous trouverons donc en présence suivant le cas d'asthénopie accommodative c'est-à-dire de fatigue causée dans l'effort d'accommodation, ou d'asthénopie de fixation qui se produit comme son nom l'indique lorsque l'œil est obligé de fixer avec une attention soutenue un point déterminé. Cette dernière forme a été désignée sous le nom d'asthénopie musculaire, qui s'oppose mal au terme d'asthénopie accommodative, causée elle aussi par une fatigue musculaire, les muscles ciliaires étant en jeu. Le terme d'asthénopie de convergence, lui aussi est mal choisi, en effet si dans un œil à musculature normale ce terme est exact, par contre chez un strabique externe la fixation en convergence est irréalisable, et pourtant nous observons des cas de fixation douloureuse dans le regard à l'infini, en parrallélisme.

Nous diviserons donc les troubles moteurs en ;

A. Asthénopie de fixation ;

B. Asthénopie d'accommodation ;

auxquels nous ajouterons :

C. Troubles de diplopie ;

D. Blépharospasme et blépharotic.

Ajoutons auparavant que ces diverses modalités ne se rencontrent pas toujours à l'état de pureté, mais souvent plus ou moins combinées entr'elles, réalisant des syndromes plus ou moins complexes, mais toujours reliés entr'eux par un état commun de fatigue oculaire.

a) – *Asthénopie de fixation*

Cette fatigue de la musculature externe est fréquente, mais nous trouvons surtout dans la littérature des cas de parésie portant sur plusieurs muscles à la fois.

Mooren constata pendant la menstruation une parésie bilatérale des nerfs faciaux et des oculo-moteurs externes et du muscle droit interne du côté gauche. L'acuité visuelle était normale. L'auteur admet pour expliquer ces phénoménes une hémorragie dans le pont de Varole entre les corps olivaire et restiforme.

Wingeroth rapporte l'observation d'une femme de 31 ans habituellement bien réglée et qui après une période menstruelle insuffisante vit apparaître une paralysie de l'oculo moteur externe. La guérison survint spontanément avec le retour des règles. Pfluger chez une fille de 40 ans signale une asthénopie de fixation et un larmoiement très intense au moment de la ménopause.

Nous avons trouvé quelques cas assez nets de cette forme d'asthénopie que nous avons cru devoir rapporter.

Observation Première

(Résumée) (1)

Asthénopie de fixation au cours de la menstruation

Jeune fille de 17 ans ; depuis quatre ans chaque époque est précédée de migraines, de vomissements, de paralysie de la III[e] paire ; d'abord survient du ptosis, ensuite la mydriase, puis la paralysie de l'accommodation avec déviation du globe vers la tempe et en bas. Ces phénomènes disparaissent en vingt-quatre heures. La mydriase dure une huitaine de jours. Hasner l'explique par l'hypothèse d'une excitation des vaso moteurs du centre de la III[e] paire.

(1) Hasner, cité par Berger.

Observation II

(Personnelle) (1)

Mlle S. M., 14 ans et demi, vient consulter en décembre 1921 pour un strabisme divergent d'amplitude variable au niveau de l'œil gauche. Ce strabisme est devenu plus apparent au moment de l'établissement des règles à l'âge de 13 ans ; la déviation est plus accusée pendant la période menstruelle et s'accompagne alors de douleurs et de fatigue dans la fixation. L'œil droit présente une astigmie myopique composée $\frac{10}{10} - 0° - 2 - 3$. L'œil gauche est fortement myope et n'est qu'imparfaitement corrigé par des verres $V = \frac{2}{10} - 15$. Dans la fixation rapprochée l'œil dévié se remet en position normale ; par moments, la malade accuse une diplopie qui apparaît spontanément ; cette diplopie est croisée et l'image de OG se trouve à un niveau plus bas que celle de OD. Malgré la correction par les verres, les troubles visuels persistent et le strabisme reste apparent. Cette jeune fille a été très améliorée par un traitement arsenical, hydrothérapique et par l'opothérapie.

Observation III

(Personnelle)

Mlle C..., 32 ans, institutrice, vient consulter en mai 1923. Depuis l'âge de 14 ans elle présente des règles irrégulières, peu abondantes et parfois douloureuses ; sa vision est normale mais avec légère hypermétropie, et

(1) Nos observations personnelles ont été recueillies grâce à l'obligeance de M. le Professeur Aubaret, à qui nous adressons tous nos meilleurs remerciements.

elle se plaint actuellement de migraines fréquentes et de troubles de la fixation au moment des règles. Soumise à un traitement par les extraits d'ovaire, les troubles douloureux disparaissent et une correction par des verres pour la vision de près lui permet sans inconvénient de se livrer de nouveau à son travail.

Dans ses deux dernières observations, il est à noter le rôle joué par les extraits d'ovaire (1), qui ont toujours participé à l'amélioration ou même à la guérison de troubles jusque là mal tolérés.

Signalons de plus, pouvant être rapproché de ces cas d'asthénopie de fixation, que beaucoup de strabiques voient pendant leurs règles s'accentuer cette déviation, et qu'un traitement opothérapique suffirait souvent à empêcher cette aggravation, passagère il est vrai, mais pourtant très désagréable.

b) — Asthénopie accommodative

Celle-ci est beaucoup plus fréquente et se rencontre aussi souvent dans les cas de dysménorrhée, que lors de la ménopause ou de la castration ovarienne.

Elle revêt une forme banale ; la fatigue siège sur les muscles ciliaires et est provoquée rapidement par la lecture ou la couture qui deviennent impossibles surtout chez les femmes hypermétropes. Ces phénomènes disparaissent habituellement par le port de verres appropriés, mais en dehors des périodes menstruelles, ces verres deviennent défectueux par suite des oscillations que subit la vision.

---

(1) Nous avons employé indifféremment les produits des maisons Choay et Fournier.

Berger en cite de très nombreux cas, soit au cours de la menstruation et de la ménopause, soit au cours d'affections génitales

Pignod dans sa thèse rapporte quelques observations, auxquelles il en joint neuf traduites d'un travail de Ch. Higgens.

Observation IV

(Résumée) (1)

Mlle H..., 29 ans ; baisse subite de la vision pendant la menstruation, aggravation à chaque période ; on note alors une myopie de 1.25 OD et de 1.75 OG. Entre les règles cette myopie diminue de 0.50 pour chaque œil, s'affirmant à nouveau à chaque flux cataménial. Il s'agissait d'une myopie apparente due au spasme des muscles de l'accommodation, s'aggravant à chaque époque menstruelle. L'auteur la rattache à des phénomènes hystériques.

Observation V

(Résumée) (1)

Mme M... 20 ans a des règles irrégulières et présente de l'asthénopie accommodative ; elle est emmétrope mais a besoin de verres convexes pour la vision de près. De plus elle est atteinte de conjonctivite chronique très tenace aggravée par les règles.

Observation VI

(Résumée) (1)

Mme G..., 35 ans. Il y a quatre ans on pratique sur elle une extirpation des ovaires ; depuis lors asthénopie accommodative V. OD. $\frac{6}{10}$, légère myopie ; elle est obli-

(1) Berger et Lœwy.

gée de se servir du verre convexe + 0,75 dioptrie pour la vision rapprochée L'œil gauche est atteint de strabisme convergent dû à un staphylome cornéen.

Observation VII

(Personnelle)

Mme B M.. , 30 ans, se présente en Mars 1923 ; depuis un an ses règles sont devenues irrégulières, son état général s'est affaibli, et elle a subi un amaigrissement très marqué ; elle se plaint de fatigues oculaires fréquentes dans la lecture et la couture, et n'a pu parvenir à se soulager par le port de verres pour la vision de près. L'examen de sa réfraction et de sa vision ne nous permet de constater aucune amétropie. Acuité visuelle normale $\frac{10}{10}$ ODG. Un traitement par des cachets d'ovaire et des emménagogues améliore considérablement cet état, et tous les troubles oculaires disparaissent au bout de deux mois.

Observation VIII

(Personnelle)

Mlle B..., 12 ans et demi, examinée en septembre 1922 présente des trouble visuels qui coïncident avec l'établissement de sa menstruation. C'est une enfant nerveuse très irritable, chez qui l'examen de la réfraction permet de constater l'existence d'une myopie spasmodique de 2 dioptries ; l'acuité visuelle est normale. Après atropine, la myopie diminue de 1 dioptrie et demie ; dès qu'on cesse l'atropine, la myopie spasmodique reparaît. Elle est améliorée par le port de verres faibles et par un traitement tonique et hydrothérapique.

Chez notre malade de l'observation VII, l'action des extraits glandulaires a été particulièrement efficaces. Chez la malade suivante, un traitement général a contribué pour sa part à l'amélioration ; l'établissement définitif des règles normales a consolidé la guérison que nous aurions peut-être obtenue plus rapidement par l'opothérapie.

c) — Diplopie

Il s'agit le plus souvent d'une fausse diplopie, produite par de la fatigue oculaire. Nous n'en avons recueilli qu'un seul cas, dans la littérature, rapporté par Mac Kay. Il s'agit d'une malade atteinte de neuro-rétinite et qui constate, au moment des règles, une diplopie intermittente avec névralgies sus-orbitaires. Le traitement emménagogue améliora les troubles oculaires ainsi que l'état général.

Nous n'avons jamais retrouvé ce phénomène à l'état de pureté, mais en général associé à d'autres manifestations oculaires ; c'est ainsi qu'une de nos malades (observation II) accusait de la diplopie intermittente en même temps que de l'asthénopie de fixation. La vision double n'a plus été accusée par la malade après quelques semaines de traitement.

d) — Blépharospasme et blépharotic

Le blépharospasme caractérisé par des contractions spasmodiques et involontaires de l'orbiculaire est très fréquent, et souvent associé à du clignement ou du clignotement. Chez les divers auteurs qui ont étudié la question nous n'avons trouvé aucune allusion à ces troubles, souvent très gênants et pourtant si fréquents, et

il nous a semblé utile, sur les conseils de M. le Professeur Aubaret, de rapporter les observations suivantes assez caractéristiques :

Observation IX

(Personnelle)

Mlle G..., 46 ans, se plaint depuis quelques temps de secousses dans les paupières, de véritables spasmes qui apparaissent au moment des règles ; les mouvements palpébraux, parfois, affectent les caractères d'un véritable blépharotic. Elle a une légère astigmie de 1 dioptrie à droite et de 1,25 à gauche. L'acuité est normale sans correction ; pour la vision de près, les verres prescrits n'atténuent pas les spasmes et les contractions palpébrales. Elle a été guérie au bout de un mois par l'usage de cachets ovariens.

Observation X

(Personnelle)

Mme J..., 49 ans, consulte en Janvier 1919 ; depuis un an, date à laquelle les règles ont complètement disparues, cette malade se plaint de blépharo-spasme tonique aux deux yeux. Elle a souffert autrefois d'un trachome actuellement cicatrisé et guéri, mais qui a laissé persister une très légère opacité sur OD, et en outre un léger ptosis bilatéral. La réfraction est hypermétrope ; après correction, l'acuité est égale à

$$\frac{10}{10}\ \text{O D} + 3 \qquad \frac{10}{10}\ \text{O G} + 4$$

L'état général est un peu affaibli et la malade ne peut se livrer à aucun travail de près, malgré l'usage des lunettes. Cet état reste rebelle pendant des mois et n'a pu

être amélioré en partie que par un traitement tonique et par l'opothérapie.

Observation XI

(Personnelle)

Mlle R .., 47 ans, a subie en 1920 une hystérectomie pour fibrome. Depuis ce moment, elle présente du larmoiement chronique et un blépharospasme assez rebelle. La vision est normale ; aucun vice de réfraction. Mais comme elle exerce le métier de modiste elle ne peut se livrer à son travail d'une façon continue sans éprouver une fatigue douloureusa du côté des yeux. Elle a été améliorée d'une façon à peu près complète par un traitement général et par l'opothérapie.

B. — Troubles Sensitifs

Les troubles sensitifs sont surtout représentés par des névralgies orbitaires, des migraines ophtalmiques sans lésions apparentes mais coexistant souvent avec des troubles vaso-moteurs et des troubles sensoriels tels que mouches volantes, éblouissements, scotomes, photophobie ou avec des troubles moteurs au premier rang desquels l'asthénopie et aussi les blépharospasmes. La névralgie orbitaire est caractérisée par son unilatéralité, sa limitation au territoire innervé par l'ophtalmique de Willis et par l'existence de points douloureux à la pression, particulièrement à son point d'émergence dans la gouttière sus-orbitaire. On différenciera ces troubles sensitifs des phénomènes douloureux qui siègent en d'autres parties de la face et de la tête, en particulier des névralgies intéressant tout le territoire du trijumeau, et des névralgies faciales souvent symptomatiques d'affections auriculaires.

Observation XII (1)

(Résumée).

Madame L., 33 ans. — A chaque période présente un rétrécissement du champ visuel sans diminution de l'acuité visuelle coïncidant avec des douleurs intolérables au niveau du globe gauche qui persistent mais très atténuées entre les époques.

Observation XIII (2)

(Résumée)

Madame B. 52 ans. Ménopausée. Depuis deux ans souffre de violentes névralgies orbitaires avec diminution de l'acuité visuelle et photopsie. Rien par le traitement local. Un traitement de dérivation vers les organes génitaux amène la guérison en trois mois.

Observation XIV

(Personnelle)

Mlle C. B. 52 ans, examinée en juillet 1923. A été opérée à 39 ans d'hystérectomie et d'ovariectomie totale. Depuis cette époque, elle a été sujette à des migraines et a fait des crises de neurasthénie intermittente. Sa vision a toujours été pénible et parfois disparaît complètement par intermittences ; elle a des céphalées fréquentes. L'examen de sa réfraction révèle une astigmie légère malgré la correction par les verres $0^{o} - 1{,}25 = \frac{10}{10}$ O D G.

---

(1) Berger.
(2) Galezowski.

Les troubles visuels persistent et s'accentuent par intervalles ; soumise à un traitement emménagogue et opothérapique, ces troubles douloureux s'améliorent et la vision ne présente plus ces crises d'amblyopie.

C. — Troubles Sensoriels

Pendant les règles et principalement pendant la période prémenstruelle, on observe fréquemment une légère fatigue de la rétine, une asthénopie rétinienne, se traduisant par l'apparition de mouches volantes, de phosphènes colorés, de brouillards gênant la vision et rendant les malades incapables d'exécuter des travaux fins ; pendant la lecture, des lettres disparaissent sur le livre empêchant cette occupation, enfin des scotomes de siège variable sont souvent observés gênant tout aussi bien la malade que les troubles précédents

Ces symptômes peuvent se manifester à des degrés différents plus ou moins associés à des troubles sensitifs. On les interprète en général, en les attribuant à des spasmes vasculaires transitoires, mais de sièges divers, rétiniens pour les uns, bulbaires ou cérébraux pour d'autres.

Enfin les cas d'amaurose passagère ont été signalés très souvent, traduction d'une névrose, ou d'une atrophie optique selon les auteurs. Brierre de Boismont en cite trois cas avec perte complète de la vision pendant toute la durée des règles.

Les cas de scotomes ont été observés à tout âge. Uhlthoff publie trois cas très nets chez des jeunes filles de seize à vingt-quatre ans atteintes de dysménorrhée et qui présentèrent un scotome central. Les cas de scotomes scintillant, au moment de la ménopause sont assez

fréquents. Berger les interprète comme des symptômes de névrose.

OBSERVATION XV (1)

(Résumée).

Femme de 73 ans, atteinte depuis la ménopause de crises de scotome scintillant, accompagnées de migraines, de vertiges, d'hémianopsie et d'aphasie transitoire, ainsi que de parésie de la moitié droite de la face qui devint œdémateuse. Meige explique ces phénomènes par un angiospasme transitoire des centres nerveux dont la localisation est difficile à préciser.

OBSERVATION XVI

(Résumée) (2)

Femme de 33 ans, perte complète de la vue avant chaque période menstruelle; cette amaurose dure quelques heures et est accompagnée d'attaques épileptiformes L'apparition du sang fait cesser ces troubles. Au début le fond d'œil était normal, mais plus tard il se manifeste une atrophie optique.

Chez une de nos malades (obs. XIV) nous avons constaté des crises intermittentes d'amblyopie, qui ont complètement disparu après un traitement emménagogue et opothérapique.

D. — Phénomènes Vaso-Moteurs

Ils sont représentés par des poussées congestives dans l'œil lui même ou dans les parties annexes. Il se produit le plus souvent des alternatives de vaso-construc-

(1) Meige.
(2) Christenson.

tion et de vaso-dilatation, faisant ainsi se succéder l'ischémie et la congestion, et entrainant progressivement des troubles organiques au niveau de la rétine et de la choroïde,

Ces poussées de congestion expliquent très bien les blépharites et orgelets qui se reproduisent à chaque période menstruelle chez les prédisposées, les poussées d'hyperhémie de la conjonctive ou les crises passagères de larmoiement, dues à une hypersécrétion congestive de la glande lacrymale, ne s'accompagnant d'aucune lésion infectieuse. ni d'aucune complication du côté des voies lacrymales.

Les parties profondes de l'œil réagissent de façon diverse à ces poussées congestives, se traduisant soit par les troubles sensoriels signalés plus haut, soit plus souvent par les troubles organiques que nous allons passer en revue dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

INFLAMMATIONS OCULAIRES AVEC LÉSIONS VARIEES ET TROUBLES DE LA TENSION OCULAIRE D'ORIGINE OVARIENNE

Ces troubles organiques sont le plus souvent la conséquence des troubles vaso-moteurs et congestifs que nous avons étudiés dans le chapitre précédent, et qui par leur répétition, ou par leur durée finissent par créer des lésions profondes de l'appareil vasculaire et des divers milieux de l'œil.

Il s'agit le plus souvent de troubles inflammatoires localisés au niveau de la cornée, du tractus uvéal, de l'iris et de la choroïde, et enfin de troubles du tonus oculaire. Il est à noter cependant que la plupart de ces affections ne sont pas dues à l'action exclusive des troubles ovariens, mais qu'il intervient toujours un certain facteur de prédisposition, soit générale, soit locale.

A. — Kératites Interstitielles ou Diffuses non Spécifiques

On voit quelquefois apparaître chez des jeunes filles sans aucun antécédent de spécificité (personnel ou héréditaire), des troubles de la cornée, des kératites inter-

stitielles, en général unilatérales, dont l'évolution est favorablement influencée par l'apparition de règles normales et au contraire aggravée par l'absence de règles ou par une menstruation atypique. Il s'agit plutôt d'une influence sur l'évolution de l'affection que d'une dépendance étroite, et un traitement exclusivement génital serait incapable d'amener une guérison.

C'est ainsi que Dunn rapporte l'observation d'une jeune fille de quinze ans atteinte de kératite interstitielle double, dont la guérison s'effectua spontanément au moment de l'établissement des règles.

Roques dans sa thèse en rapporte plusieurs cas qu'il rattache à une infection locale et au réveil d'un état diathésique latent.

Mooren en a recueilli plusieurs observations soit à la puberté, soit chez des aménorrhéiques.

Observation XVIII

(Resumée (1)

Kératite interstitielle non spécifique à la puberté

Jeune fille, 14 ans, kératite interstitielle très vascularisée, s'aggravant à chaque période menstruelle (représentée seulement par de la leucorrhée abondante). Le traitement local ne donne aucun résultat; l'apparition de la menstruation normale amène la guérison : la cornée redevient transparente, mais la courbure reste défectueuse.

Observation XVIII

(Résumée) (1)

Jeune femme de 28 ans, atteinte d'aménorrhée chez qui apparaît une kératite interstitielle s'aggravant au moment où elle attend ses règles et s'accompagnant de

(1) Mooren.

rougeur, de sensation de chaleur. Les emménagogues amènent une menstruation légère et améliorent l'état de sa cornée. Mais la cessation des règles aggrave à nouveau les troubles de kératite.

Observation XIX

(Personnelle)

Mme T..., 32 ans, vient consulter en février 1920. Elle a présenté une kérative diffuse, centrale à l'œil droit au cours de sa dernière grossesse. Après l'accouchement, cette kératite s'est atténuée, mais depuis un an, elle présente régulièrement des poussées au moment de ses règles, qui sont en général irrégulières et douloureuses. La vision de cet œil a peu à peu diminué et actuellement se trouve réduite à V : $\frac{1}{10}$. L'œil gauche est normal. Malgré le traitement local : atropine, compresses chaudes, etc., ces poussées de kératite n'ont diminué qu'en prescrivant des cachets d'ovaire à la malade quelques jours avant l'apparition des règles. La guérison a fini par s'établir, mais il persiste une opacité centrale de la cornée.

B. — Iritis ou Iridocyclites Séreuses avec ou sans Choroidite

Le flux cataménial joue un rôle important dans la pathogénie de l'iritis séreuse, après le rhumatisme et la syphilis, que la menstruation soit normale ou plus souvent qu'elle soit supprimée pathologiquement ou physiologiquement (ménopause). Pignod dans sa thèse ajoute à ces troubles l'uvéite séreuse, affection chronique qu'il

caractérise par sa rareté chez l'homme, sa fréquence chez les vieilles filles à passé génital peu chargé et qu'il rattache à des troubles de la nutrition ; mais en somme il s'agit là d'une iritis chronique sans particularités notables.

Au moment des règles, Valude observe des poussées d'iritis subaigues caractérisées par une rougeur périkératique faible, quelques douleurs, un peu de photophobie ; ces accès s'amendent en quelques jours et laissent des traces exsudatives sous forme d'adhérences de l'iris au cristallin (synéchies) Mais par suite de récidives, elles peuvent s'aggraver et aboutir à des sécclusions pupillaires complètes.

Caudron publie le cas d'une jeune fille qui souffrait, à partir du deuxième jour avant le début de ses règles et pendant toute leur durée, de troubles fonctionnels (douleurs, photophobie) qui disparaissaient six jours après la cessation du flux menstruel. L'ophtalmoscope montra des lésions d'iridocyclite.

D'après Hiram Woods, une jeune fille fut atteinte au moment de sa première menstruation d'une choroïdite aiguë avec troubles du vitré, qui guérit pendant la période intermenstruelle ; la malade eut encore deux autres récidives de l'affection pendant les mois suivants, mais guérit spontanément avec l'établissement de règles normales.

Des observations analogues se retrouvent dans les publications de Lerat, Oursel, Trousseau, Mooren, Thaon, Mac Kay, consécutives soit à un arrêt subit des règles, soit à des troubles dysménorréiques.

Observation XX

(Résumée) (1)

Mme S..., 23 ans, arrêt des règles pendant son retour de couches ; douleurs très vives dans les deux yeux pendant six semaines. A l'examen, iritis séreuse double avec flocons dans le vitré ; un traitement anti-syphilitique est institué sans succès ; à chaque période, on applique des sangsues à la face interne des cuisses ; le cours des règles se rétablit peu à peu, la vision s'améliore progressivement et quelques temps après ont trouve seulement quelques traces de synéchies postérieures.

Observation XXI

(Résumée) (2)

Mlle P..., 28 ans. Arrêt des règles, apparition de troubles oculaires : tension douloureuse, douleurs lancinantes, photophobie. L'œil est rouge, très vascularisé, l'iris est pâle, adhérent an cristallin, le corps vitré trouble, la papille fortement injectée.

Les règles réapparaissent deux mois après, et la vision subit une grosse amélioration.

Observation XXII

(Résumée) (3)

Mme M..., 51 ans, règles abondantes et douloureuses. Arrêt subit des règles au cours d'une menstruation ; les mois suivants, pas de règles, mais troubles généraux

(1) Thaon.
(2) Lerat.
(3) Piganeau.

très marqués à chaque époque. Au cinquième mois, céphalée plus vive, perte de la vision OG, et douleurs intolérables.

Examen : conjonctivite, photophobie, iris pâle, décoloré, adhérent au cristallin : état légèrement amélioré par le traitement local et général. Les mois suivants, aggravation. Une dérivation énergique, des emménagogues ramènent le flux menstruel : les douleurs disparaissent ; mais il subsiste des synéchies postérieures.

$$V : \frac{1}{4}$$

Observation XXIII

(Résumée) (1)

Mlle W..., 29 ans, règles rares, irrégulières ; consulte pour un affaiblissement de la vue et de fortes douleurs du côté gauche. V. OD $\frac{1}{20}$ OG, la main à 25 cm ; opacités du vitré, dépôts inflammatoires sur la couche postérieure de la cornée. Iritis séreuse. Sangsues aux tempes, emménagogues, les règles deviennent régulières et abondantes et avec elles la vision revient.

Observation XXIV

(Personnelle)

Mme S. C..., 53 ans a été atteinte il y a 6 ans au moment de sa ménopause d'une iridocyclite subaiguë, surtout accusée à droite, Depuis cette époque, elle a eu de nouvelles poussées assez espacées en Mai 1919, en

(1) Mac Kay.

Avril 1921 et en Juin 1923, d'intensité variable. Ces nouvelles poussées, se caractérisaient par un trouble diffus des milieux transparents et par des symptômes d'uvéites ; leur durée était d'environ deux mois. Dès la deuxième crise, la malade a présenté un scotome central bilatéral surtout accusé à gauche ; alors que la vision de O. D. était faiblement diminuée V. OD. $\frac{6}{10}$ — 1. Celle de O. G. était plus affaiblie $\frac{1}{20}$. Bien que le Bordet-Wassermann ait été négatif, la malade a été soumise à chaque crise à un traitement spécifique. Elle n'a été améliorée définitivement que par l'opothérapie. Dès qu'une crise menace de paraître elle prend d'elle-même des cachets d'extrait ovarien et ne tarde pas à être soulagée. Actuellement la vision des deux yeux est très améliorée ; V. O. D. G, $\frac{8}{10}$ malgré la persistance d'un scotome central, permanent, relatif, transparent, mais qui semble devoir être définitif.

Observation XXV

(Personnelle)

Mme A. M..., 22 ans signes d'iridochoroïdite bilatérale, la vision est très affaiblie, la pupille présente des traces d'iritis ancienne avec exudat et synéchies ; le corps vitré présente des opacités fixes et mobiles assez fines et nombreuses que la malade perçoit sous forme de mouches volantes Son affection est chronique et a débuté il y a environ deux ans ; mais elle présente ce caractère particulier d'offrir des poussées dans l'intervalle des règles ; au moment où ces dernières s'établissent la vision

s'améliore et la crise d'iridochoroïdite s'atténue très notablement. Les antécédents nous révèlent qu'elle a été réglée à 14 ans, n'a jamais eu de maladies graves et qu'elle a cinq sœurs et deux frères en bonne santé Le Bordet-Wassermann est négatif. Le traitement spécifique n'a aucune action appréciable.

Le traitement général ainsi que l'administration d'extrait d'ovaires : semblent au contraire avoir eu un résultat plus net et ont amélioré sensiblement la vision qui reste néanmoins réduite à trois ou quatre dixièmes O.D.G.

Observation XXVI

(Personnelle)

Mlle G.. , 33 ans, est atteinte de choroïdite disséminée ayant débuté après la grossesse, ayant subi des poussées au moment des règles. Les lésions sont caractérisées par des taches blanches réparties à la périphérie de la choriorétine. A l'œil gauche, une lésion de choroïdite maculaire a affaibli considérablement la vision. Il existe un scotome central génant, et l'acuité n'est plus que de $\frac{1}{100}$ A l'œil droit la vision est encore bonne ; le Bordet-Wassermann est négatif ; dans les antécédents, on ne trouve rien qui puisse avoir provoqué cette choroïdite. Le traitement spécifique n'a pas été plus heureux que le traitement tonique ; l'état est resté stationnaire, il n'a pas été appliqué de traitement opothérapique.

Observation XXVII

(Personnelle)

Mlle S. T..., 14 ans. Au moment des règles, elle se plaint d'un trouble visuel à l'œil gauche et on constate

une poussée de choriorétinite antérieure à la partie interne de l'œil avec troubles du vitré ; l'acuité visuelle diminue rapidement $\frac{1}{50}$. L'œil amblyope se dévie fortement en dehors. On constate, en outre, des opacités nombreuses au niveau de la capsule postérieure du cristallin. Les antécédents n'offrent rien de particulier à signaler ; le Bordet-Wassermann a été trouvé négatif. Cette fillette n'a été améliorée ni par le traitement spécifique, ni par le traitement local, ni par le traitement opothérapique

C. — Troubles de la tension oculaire
Hypertonies d'origine Ovarienne

On sait depuis longtemps que la femme est plus sujette que l'homme au glaucome. L'influence néfaste des périodes menstruelles est aussi bien connue et le retour d'âge constitue une période dangereuse à traverser pour les sujets tant soit peu prédisposés.

Cependant il faut distinguer, dans les états glaucomateux, entre les glaucomes primitifs et les glaucomes secondaires. Ces derniers, d'origine irritative, consécutifs à une cataracte, à une iridocyclite, à une kératite ou à toute autre lésion soit infectieuse, soit traumatique, ne rentrent évidemment pas dans le cadre des hypertonies subordonnées à une insuffisance ovarienne, et on les retrouve aussi fréquemment et même plus souvent chez l'homme.

Le glaucome primitif, par contre, est surtout fréquent chez les femmes ; l'état menstruel ou ménopausique a une influence nettement défavorable sur son évolution ;

surtout s'il s'ajoute un état de dysménorrhée ou de sclérose ovarienne précoce, en un mot tous les cas de dysovarie, Quelquefois les états d'hypertonie secondaire sont favorablement influencés par un traitement génital, si l'affection irritative était de même origine C'est ainsi que Mooren signale un cas de scléro-choroïdite, dans lequel on notait une tendance glaucomateuse très marquée, malgré une iridectomie double, et qui céda à des scarifications du col utérin. Par contre, nous ne croyons pas à une influence génitale bien marquée dans le cas de cataracte glaucomateuse influencée par la ménopause, signalée dans la thèse de Janot.

Ayres nous dit que cette tendance glaucomateuse est connue comme accompagnant une suppression subite des règles. Gendron, Soli et Del Zeppo observent des cas de glaucome et les relient à la ménopause, sous la dépendance du déséquilibre circulatoire qui retentit sur les vaisseaux de l'œil et favoriserait l'éclosion du syndrome hypertensif. Beaucoup d'auteurs font jouer un rôle aux altèrations vasculaires et surtout à l'hypertension artérielle, constamment augmentée non seulement à la ménopause, comme l'a montré Naumann, mais aussi au début de la période menstruelle (Cordier, Th. de Paris 1905) et après la castration, (Paillard).

Observation XXVIII

(Résumée) (1)

Mme S... 45 ans, pas de passé oculaire ou gynécologique ; au moment de la ménopause, OD devient rouge, douleurs atroces, voit les doigts à 25 cm., œil très dur, rétrécissement nasal du champ visuel. Bons résultats par un traitement à l'éserine.

(1) Pargoire.

Observation XXIX

(Résumée) (1)

Mme F... 34 ans, ménopause précoce à 30 ans ; son œil gauche devient douloureux, la vision baisse rapidement. Le docteur Abadie diagnostique un glaucome ; un traitement médicamenteux, puis une sympathectomie, puis une iridectomie restent successivement sans résultat définitif, malgré une amélioration passagère. L'œil droit présente des troubles sympathiques inquiétants. Un traitement emménagogue intensif amène une amélioration rapide. Un mois après les règles réapparaissent, l'œil gauche n'est plus douloureux ; l'œil droit récupère toute sa vision, la tension redevient normale.

Observation XXX

(Personnelle)

Mlle G... 46 ans, gouvernante, présente depuis quelques mois des signes de glaucome prodomique à l'œil droit, ayant apparu au moment de troubles dysménorrhéiques. Réglée à 13 ans, cette malade a toujours eu des règles peu abondantes ; son tempérament est nerveux et émotif. L'œil droit a déjà eu des crises un peu plus faibles, depuis un an environ, ayant coïncidé avec la période menstruelle. Actuellement la vision est très diminuée OD distingue les doigts ; le champ visuel est concentriquement rétréci et il existe un scotome central transparent et à contours mal limités. Après un traitement local par la dionine et la pilocarpine, l'état de OD s'est sensiblement amélioré. V. OD$=\frac{3}{10}$ V. OG$=\frac{10}{10}$

(1) Blondel et Sendral.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Comment expliquer les relations pathologiques entre deux organes aussi éloignés : l'œil et l'ovaire ?

De nombreuses théories ont été édifiées et discutées, tour à tour défendues ou combattues ; et, à l'heure actuelle, aucune interprétation définitive n'a pu encore être portée.

Si nous consultons les travaux publiés à ce sujet, nous trouvons en premier lieu le travail de Foersters en 1876, qui attribuait les troubles oculaires à une irritation reflexe des nerfs sensitifs, transmise par un trajet nerveux assez complexe, empruntant en partie la voie du sympathique et celle du système nerveux central, et aboutissant finalement à l'œil ou elle déterminait de la congestion oculaire par paralysie des vaso-constricteurs.

En 1884, Quaglino pensait à une irritation beaucoup plus directe par le sympathique seulement et par l'intermédiaire des ganglions : cervicaux supérieurs, de Gasser, carotidien et ophtalmique.

En 1885, Rampoldi admettait à la fois le rôle du sympathique et celui de l'appareil circulatoire, qui transportait aux yeux les produits pathogènes nés au niveau des

organes génitaux. En 1888, Noblot insistait sur le rôle du sympathique.

En 1890, Trousseau, Gendron, défendaient la théorie infectieuse. invoquant la pénétration de germes par la plaie utérine cataméniale.

En 1891, Grandclément pensait qu'il s'agissait d'une auto-intoxication d'origine rénale. Cette idée a d'ailleurs été reprise par Gayot, en 1907, pour l'édification de sa théorie de l'œil-rein. Baduel, en 1902. faisait jouer un rôle au terrain hystéro-chlorotique et à l'état menstruel qui déterminaient des phénomènes vaso-moteurs réflexes.

Mosso, en 1911, invoquait une auto-intoxication d'origine ovarienne, déterminant des altérations au niveau de l'appareil vasculaire de l'œil.

Que devons nous conserver de toutes ces hypothèses ?

Nous ne nous arrêterons pas à l'idée de Grandclement : une insuffisance rénale peut être observée au moment de la grossesse ou au cours de troubles génitaux graves, mais il est évident qu'elle est hors de cause dans les cas liés à une manifestation ovarienne plus ou moins intense, mais en général de peu de gravité.

Le réveil d'une infection utérine ou la pénétration de germes infectieux par la plaie menstruelle ne peuvent être invoqués pour expliquer une asthénopie ou des troubles du tonus oculaire au cours de la menstruation ou de la ménopause. Cette pathogénie ne peut être acceptable qu'au cas où il existe une infection utérine évidente, tel le cas d'iridochoroïdite après un avortement signalé par M. le Professeur Truc, de Montpellier, en 1892.

Nous nous arrêterons plus longtemps au rôle de l'appareil nerveux de la vie végétative et à celui de la glande génitale de la femme.

Les travaux récents ont insisté dans diverses affections,

principalement la maladie de Basedow et l'Adisonisme, sur l'interrelation des glandes endocrines et du sympathique. De même que pour la thyroïde et la surrénale, nous retrouvons cette association au niveau de l'ovaire.

On sait que le plexus ovarique, riche réseau sympathique, tirant ses origines du glanglion mésentérique supérieur, envoi des filets multiples qui pénètrent dans l'ovaire et irradient vers l'écorce formant des plexus épithéliaux ; pour certains auteurs il y aurait même des cellules nerveuses isolées, qu'on a groupées sous le nom de ganglion de Winterhalter.

D'un autre côté, l'anatomie, la physiologie l'expérimentation (Neuschüler, 1899) nous montrent le rôle important joué par le sympathique dans la pathologie oculaire ; rôle intervenant sur la masculature interne, sur les divers milieux, sur la nutrition des tissus, sur la vasomotricité ; et tout le monde connaît les syndromes oculaires classiques d'iritation ou d'inhibition du sympathique.

Pouvons nous conclure à une liaison directe entre les deux organes par cette voie végétative ? Il est certain qu'on peut invoquer des irritations locales du sympathique, déterminant une perturbation dans tout son territoire, de même que des affections digestives déclanchent à distance des accès migraineux.

Il nous semble plus logique de ne pas séparer du sympathique l'appareil endocrinien, qui dans la plupart des cas a avec lui une intimité d'action, une intimité histologique et embryologique. Avec Ramon et Carrié, Il nous semble qu'on ne peut parler uniquement de l'hyper ou de l'hypofonctionnement de telle ou telle glande et schématiser ainsi la pathogénie de tel symptôme ou de tel syndrome. Le processus est plus complexe. La viciation d'une sécrétion peut sans doute se traduire par une

modification quantitative, excès ou défaut, d'un ou des éléments sécrétés ; elle peut aussi se manifester par une modification qualitative de ses éléments dont les effets seront nouveaux. A côté des hyper ou des hyposécrétions, il y a les dyssécrétions auxquelles il faut ajouter les désordres apportés dans le fonctionnement de tout le reste de l'appareil glandulaire. A un déséquilibre de la fonction ovarienne, à une dysovarie, correspondront donc des troubles sympathiques pouvant se traduire de façon variable, mais entraînant toujours de profondes perturbations dans la vaso-motricité de la région, comme l'a bien montré Lorenzetti qui constate des modifications des vaisseaux du fond de l'œil, chez 75 pour 100 des femmes pendant la menstruation.

Les produits de sécrétion de la glande lutéinique peuvent mettre en mouvement l'appareil sympathique, soit au niveau de son système pelvien retentissant ainsi sur l'œil à distance, soit, amenés par les vaisseaux, l'atteindre dans la région cranienne seulement, au niveau des divers ganglions, déterminant les syndromes oculaires variables que nous avons rapportés ci-dessus et qui sont plutôt des états de dyssympathicotonie que des syndromes classiques d'hyper ou d'hyposympathicotonie ; les malades réagissant souvent différemment suivant l'état de leur système nerveux.

Enfin, n'oublions pas que les glandes closes sont étroitement liées entr'elles, que beaucoup ont des rôles différents, et qu'à une suppression ou une diminution de la sécrétion ovarienne, répondra une prédominance dans l'organisme des sécrétions antagonistes : de la surrénale et de la thyroïde particulièrement, qui agiront aussitôt en excitant le sympathique.

CONCLUSIONS

1° La fonction ovarienne peut provoquer, quand elle est modifiée ou altérée, des troubles oculaires manifestes qu'il est utile de savoir déceler et diagnostiquer.

2° Les uns sont de simples troubles fonctionnels sans lésions du moins en apparence, et caractérisés par des phénomènes moteurs, sensitifs ou sensoriels et vaso-moteurs ; certains sont anciennement connus et décrits ; d'autres, comme les blépharospasmes, les strabospasmes et les parésies oculaires doivent être plus particulièrement étudiés.

3° Parmi les troubles vaso-moteurs et neuro-vasculaires, il en est qui influent plus particulièrement sur la tono régulation de l'œil.

4° Certains de ces troubles donnent lieu à de véritables lésions des tissus de l'œil. Toutes les membranes peuvent être atteintes, depuis la cornée jusqu'aux membranes profondes. De véritables glaucomes ont été provoqués par des accidents d'origine ovarienne.

5° La pathogénie de ces accidents est des plus complexes, mais la connaissance de la sécrétion interne de l'ovaire et des relations qui existent entre les sécrétions endocrines et l'appareil sympathique permettent d'orienter ce problème dans une voie nouvelle,

6° L'insuffisance ovarienne est certainement susceptible, dans ces troubles oculaires à point de départ éloigné, de provoquer ou de s'associer dans l'organisme féminin à ces états qui commencent à être signalés et décrits de dyssympathicotonie.

BIBLIOGRAPHIE

Ayres. — The relation of uterine diseases to functionnal and organic ocular diseases. *Amer. J. of Obstétric*, 1895.

Baduel. — Décollement de la rétine récidivant au moment des règles. *Ann. d'Ophtalmologie* 1902.

Batuaud. — Des troubles et des affections oculaires d'origine génitale chez la femme, *Revue des mal. des femmes*, 1890.

Berger et Loewy, — Les troubles oculaires d'origine génitale chez la femme. Félix Alcan 1905.

Blondel et Sendral. — Guérison d'accidents oculaires graves chez une aménorrhéique par le traitement emménagogue. *Gyn.* Paris 1904.

Brierre de Boisemont. — *Traité de la menstruation.* Paris 1842.

Cardano. — Oculi an supra totius corporis temperiem significent. (Opere, vol. VI Ferrara 1663).

Champy et Gley. — Action des extraits d'ovaires sur la pression artérielle. Soc, de Biologie, nov. 1911.

Claude et Piedelièvre. — Sympathique et glandes endocrines. *Journal médical français*. Juin 1921.

Clough. — Asthénopia and glaucoma of the climatéric. Tr. Maine. Méd. Ass. Portland 1900.

Cohn (S.). — Utérus und Auge. Wiesbaden. J. T. Bergman 1890.

Cordier (H.). — Rapports de la menstruation avec les variations de la pression artérielle. Th. Paris 1905-1906.

Coursserant. - De la choroïdite antérieure. Th. Paris 1877.

Danthon — Essai sur les hémorragies intra-oculaires. Paris 1862.

Dor (A.-P.). — Deux cas d'affection oculaire dépendant des troubles de la menstruation. Soc. Franç. d'Ophtalmologie 1884.

Dor (H.) — Annales d'oculistique 1884.

Frédérik et Kiehle. — Vision and menopause. Arch. Ophtalmol. 1910.

Friedenwald-Harry.— Affection of the eye and normal menstruation. *Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases* 1890.

Galezowski. — Des affections oculaires consécutives à la suppression des règles. *Rec. d'Ophtalmol.* 1875.

Gendron. — Etude pratique de quelque cas d'affections oculaires d'origine utérine. Th Paris 1889 90.

Georgeon. — Rapports pathologiques de l'œil et des organes génitaux. Th. Paris 1880.

Gley. — Quatre leçons sur les sécrétions internes. Paris 1920.

Gonzales. — Congestiones occulares en la ménopausia. Méd. Ibera Madrid, 1922 XVI.

Groenow. — Beziehungen der Allgemeinleiden und Organerkrankungen zu Verhanderungen und Krankheiten des Sehorganes. Leipzig, 1877.

Güillaume. — Le sympathique et les systèmes associés. Paris 1921.

Harvier. – Pathologie des glandes endocrines (*in* Traité Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix).

Janot. – Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus. Th. Montpellier 1891-92

Lagrange et Valude. – Encyclopédie française d'Ophtalmologie.

Leber. – Die Krandheiten der Netzhaut und des Sehnerven. Leipzig, 1877.

Lerat. – Sur certaines lésions de nutrition de l'œil liées à la menstruation. Th. Paris 1878.

Livon (C.). — Société de biologie 1898.

Lorenzetti. — Il fondo dellocchio della donna in rapporto alle principali manifestationi della sua vita sessuale. *Ann. d'Ost· et Gyn.* Août 1892.

Mac Kay. – Eye diseases from suppression from menses. *Amer. Journal of méd. Science* 1882.

Meige. — XVI[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français. Pau, août 1904.

Mooren. — Gesichtsstörungen nnd Uterinleiden. Wiesbaden 1898.

Mosconi — Sistemo nervozo e secrezione interno. *Policlinico.* Avril 1921.

Nauman. – Zur Behandlung des Klimaterischen Beschwerden. Balneologie Central Zeitung 1902.

Neuschuler. – Sympathique et tension oculaire. Ann. Oftalmol. 1899.

Noblot. — Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation Th. Bordeaux 1888-89.

Oursel. — Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation. Th. Paris 1884-85.

Paillard (H.). — L'hypertension artérielle consécutive à la castration chez la femme. *Jour. Méd. Français*, nov. 1921.

Pargoire. — De la menstruation en pathologie oculaire. Th. Paris 1891-92.

Pechlinus. Observationum physico-medicorum Libri III, Hambourg 1691.

Piganeau. — Contribution à l'étude de la menstruation et des affections oculaires dues à sa suppression. Th. Bordeaux 1910-11.

Pignod. — Des troubles oculaires de la femme non diathésiques coïncidant avec les troubles de la menstruation et de la ménopause. Th. Lyon 1897-1900.

Pressel. Ein Fall von recidivirenden Glaskörperblutungen in Folge von Menstruations. Wurzburg 1894.

Puech. — Revue d'Ophtalmologie 1889.

Quaglino. — Rapports de l'œil et des centres nerveux. Ann. Oftalmol, 1884.

Ramon et Carrie. — Syndrome sympathique. Ann. de Médecine 1919.

Rampoldi. — Rapports pathologiques entre l'œil et l'appareil sexuel. Milan 1881.

Rouquette. — Des troubles visuels symptomatiques d'affections utérines. Th. Montpellier 1881.

Sezary. — Les mélanodermies d'origine endocrinienne. *Journ. Méd. Français*. Nov. 1921.

Soli et Del Zoppo. — Aborto procurate per grave lesione oculare in gravidanza. Ann. Oftalm. 1904.

Terrien. — Affections oculaires d'origine menstruelle, Gaz. Hôpit 1903.

Thaon. — Des affections oculaires liées à la menstruation. Th. Paris 1879.

Thilliez. — Troubles oculaires consécutifs à la suppression de la menstruation. *J. des sciences médicales* Lille 1898.

Truc (H.). — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'avortement et des affections oculaires. Iridochoroïdite plastique consécutive à un avortement provoqué. *Nouveau Montpellier Médical*, mars 1892.

Valude. — Hygiène des maladies oculaires aux différents âges de la vie. Paris, 1900.

Weinberg. — Troubles oculaires d'origine nerveuse, *Ann. d'Oculist.* 1883.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Les troubles oculaires d'origine ovarienne

Par Eugène Margaillan.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 30 Juin 1923.

Le Professeur,
TRUC.

Vu ;
Montpellier, le 12 Juillet 1923
Le Doyen ;
EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 13 Juillet 1923.

Le Recteur.
Jules COULET.